

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 2

Le DÉPISTAGE de la SYPHILIS

à la

Clinique Obstétricale de Janvier 1919 à Janvier 1929

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques COUNIL

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 25 Juillet 1906 à BELLEY (Ain)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

**Le dépistage de la syphilis à la clinique obstétricale
de Janvier 1919 à Janvier 1929**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 2

Le DÉPISTAGE de la SYPHILIS

à la

Clinique Obstétricale de Janvier 1919 à Janvier 1929

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jacques COUNIL

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 25 Juillet 1906 à BELLEY (Ain)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1930



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. PIC PAVIOT TIXIER BERARD VORON ROLLET NICOLAS LEPINE (J.) MOURIQUAND VILLARD COLLET GAYET NOVE-JOSSERAND CLUZET FLORENCE MOREL BRETIN GUIART LATARJET POLIGARD DOYON FROMENT CADE FAVRE PATEL ARLOING (F.) Etienne MARTIN COURMONT (P.) SAVY LEULIER PIERY
Cliniques chirurgicales		
Clinique obstétricale et Accouchements		
Clinique ophtalmologique		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
Clinique neurologique et psychiatrique		
Clinique des maladies des enfants		
Clinique des maladies des femmes		
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		
Clinique des maladies des voies urinaires		
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		
Chimie biologique et médicale		
Chimie organique et Toxicologie		
Matière médicale et Botanique		
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		
Anatomie		
Histologie		
Physiologie		
Pathologie interne		
Pathologie et Thérapeutiques générales		
Anatomie pathologique		
Chirurgie opératoire		
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		
Médecine légale		
Hygiène		
Thérapeutique		
Pharmacie et Pharmacologie		
Hydrologie thérapeutique et climatologie		

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM. NOGIER ROCHAIX RHENTER MAZEL SANTY CHALIER (André)	MM. CHALIER (Joseph) NOEL DUMAS DUFOURT DEVIC GABRIELLE MANCEAU	MM. MARTIN (Joseph) ROCHET (Ph.) WERTHEIMER GATE BERNHEIM DECHAUME POLLOSSON	MM. CHAMBON CIBERT EPARVIER GUILLEMINET MORENAS ROCHE REBATTU ch.
--	--	---	--

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, *président* ; RHENTER, *assesseur* ;
GATÉ et EPARVIER, *agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS

Marie-Louise

Hélène

Thérèse

A MES FRÈRES

Pierre

Jean

Paul

André

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique obstétricale

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Qu'il veuille bien accepter ici nos respectueux remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIGEAUD

*Moniteur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Lyon*

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a constamment aidé de ses conseils. Nous l'en remercions ici et le prions de croire à notre profonde gratitude.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

Avant-Propos

C'est par le stage obstétrical que nous avons commencé notre cinquième année d'études médicales. L'enseignement clair et précis, que nous eûmes le bonheur de recevoir, pendant quelques jours seulement, nous a fait aimer cette Clinique de la Charité. Aussi n'avons-nous pu nous décider à la quitter brusquement. Nous voulions garder toute l'année quelques attaches avec les Maîtres, dont les leçons furent pour nous d'un si grand intérêt.

Le docteur Pigeaud nous en offrit le moyen : il nous a inspiré ce sujet de thèse, qui nous permit de venir, presque quotidiennement à la Clinique, feuilleter de nombreuses observations. Avec une humeur toujours égale, il se mit à tout instant à notre disposition pour nous encourager. Qu'il reçoive ici l'expression de toute notre gratitude.

M. le Professeur Voron nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. C'est une marque de bienveillance de plus, s'ajoutant à tout ce qu'il a fait pour nous. Il a su profiter du peu de temps, que les circonstances lui permirent de nous accorder, pour

nous donner un enseignement précieux. Aussi est-ce pour nous à la fois un agréable devoir et une dette de reconnaissance de le remercier tout particulièrement ici. Qu'il nous permette de lui dire, au moment de quitter cette Faculté, que nous emporterons, du stage obstétrical, le meilleur et le plus instructif souvenir.

Le dépistage de la syphilis à la clinique obstétricale de Janvier 1919 à Janvier 1929

Introduction

Dans ce travail, nous avons voulu étudier la question du dépistage de la syphilis, à la Clinique obstétricale. Pour être complet, nous aurions voulu parler de la syphilis dépistée non seulement au cours de l'accouchement et des suites de couches, mais aussi au cours de la grossesse. Malheureusement, les observations étudiées ne portent à ce sujet aucune indication précise ; nous y voyons des femmes connues comme syphilitiques au moment de leur entrée dans les salles de travail, sans que nous puissions dire, en général, si cette syphilis a été dépistée aux consultations de grossesse ou, antérieurement, dans un autre service.

Cela est tout à fait regrettable, car nous nous sommes bien rendu compte, au cours de notre stage obstétrical, que, en pratique, un nombre important de syphilis était bien diagnostiqué réellement, et pour la première fois, aux consultations de grossesse.

Cependant, comme nous voulons apporter une statistique précise, nous avons été obligé, à notre grand re-

gret, de négliger ces faits très intéressants, puisque nous ne possédons de certitude à propos de leur pourcentage exact.

Dans cette thèse, nous apportons donc des précisions simplement sur le nombre de femmes considérées comme syphilitiques au moment de leur accouchement, soit que le diagnostic ait été fait avant leur arrivée dans les salles de travail, soit que, au contraire, il ait été porté pour la première fois dans le service.

Cette question est extrêmement intéressante. En effet, il est logique, à priori, de penser que, chaque année, on doit repérer, dans les services obstétricaux, un nombre de plus en plus considérable de femmes syphilitiques ; non pas que le nombre de syphilis paraisse, de l'avis des spécialistes, augmenter sensiblement dans la région lyonnaise, mais parce que l'activité des médecins, l'orientation des nouvelles lois sociales ont, depuis la guerre, tendu à rendre le dépistage de la syphilis de plus en plus parfait.

Mais ces syphilis, ainsi que nous l'avons dit, peuvent être diagnostiquées avant l'entrée de la femme dans les services obstétricaux ; bien souvent, nous voyons arriver des femmes qui ont subi un traitement ; nous les classons parmi les syphilis certaines ; est-ce bien exact ? Nous avons, en effet, été frappé de voir combien de syphilis réelles étaient méconnues et combien de syphilis inexistantes étaient traitées.

Quant aux femmes, pour lesquelles le diagnostic a été fait dans le service, il est intéressant de constater que, pour les unes, on s'est basé uniquement sur des signes fournis par la mère ; pour les autres, au con-

traire, c'est au moment de l'accouchement, devant une mort d'enfant inexpliquée, ou plus souvent encore, c'est au laboratoire, au cours de l'autopsie de cet enfant, que l'on a pu obtenir le signe certain permettant d'affirmer la syphilis. Nous insistons sur le fait qu'il est fréquent de diagnostiquer avec certitude, lors de l'autopsie de l'enfant, une syphilis, alors que l'examen minutieux de la mère était incapable d'en fournir le moindre signe.

Pour exposer les recherches que nous avons faites, nous suivrons le plan suivant :

A. Statistique générale des syphilis probables ou certaines, repérées à la Clinique obstétricale de janvier 1919 à janvier 1929.

B. Syphilis certaines diagnostiquées par l'examen de la mère.

C. Syphilis certaines diagnostiquées par l'examen du produit de conception.

D. Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Etude d'ensemble des syphilis diagnostiquées à la Clinique Obstétricale de Janvier 1919 à Janvier 1929

Du 1^{er} février 1919 au 1^{er} janvier 1929, 41.266 femmes sont venues à la Clinique obstétricale pour accoucher. En lisant les observations prises à leur sujet, nous avons trouvé de nombreux cas de syphilis. Mais, avant de donner nos résultats, il convient de définir ce que nous entendons par syphilis certaine, voulant, à dessein, éliminer de cette thèse tous les cas douteux, pour lesquels un diagnostic de certitude n'a pu être porté.

Nous dirons « syphilis certaine » toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'un élément indiscutable de certitude : ce sont parfois des signes cliniques : pemphigus palmaire et plantaire de l'enfant ou lésions certaines spécifiques de la mère ; c'est un faisceau de signes de probabilité avec une réaction de Wassermann positive ; un signe de Wegner positif à l'autopsie ou

l'existence de tréponèmes dans les frottis de foie du fœtus. Du reste dans la majorité des cas où la syphilis a pu être diagnostiquée avec certitude, existait une intrication des signes précédents, tirés de l'examen soit de la mère, soit de l'enfant, qui ne laissaient place à aucun doute.

Au contraire, nous dirons « syphilis probable » toutes les fois que l'existence de plusieurs signes anormaux, révélés par l'examen de la mère ou de l'enfant, font penser à l'existence d'une syphilis, sans que ni l'examen clinique, ni les examens de laboratoire aient pu fournir un signe de certitude.

Et, si parfois, nous avons pu faire quelque erreur, que l'on veuille bien nous excuser : nous n'avons pas observé les malades et nous n'avons pris que les résultats d'observation.



Nous faisons, dans ce premier chapitre, une étude d'ensemble des syphilis qui ont été dépistées à la Clinique obstétricale. Nous ne nous occuperons donc pas des éléments qui ont servi à porter ce diagnostic. Qu'il ait été fait par l'examen de la mère ou de l'enfant, le résultat d'une statistique générale doit être sensiblement le même, car il est légitime de penser qu'en général une mère qui donne naissance à un enfant syphilitique est elle-même syphilitique.

Ainsi pour 461 femmes, sur 11.266, entrées à la Clinique obstétricale, on a discuté le diagnostic de syphilis.

Mais pour 191, il fut impossible de porter un diagnos-

tic de certitude ; 270 seulement étaient atteintes de syphilis certaine (2,396 %).

Ces dernières seules nous intéressent dans un tel sujet. Nous ne ferons que mentionner dans un tableau récapitulatif le nombre des syphilis probables. Nous aurons ainsi la possibilité de comparer leur pourcentage par année avec celui des syphilis certaines.

Années	Nombre d'observations	Nombre des syphilis probables	Nombre des syphilis certaines
1919....	1161....	31 (2,670 %)....	12 (1,033 %)
1920....	1287....	23 (1,788 %)....	26 (2,021 %)
1921....	1103....	30 (2,719 %)....	34 (3,082 %)
1922....	1041....	10 (0,969 %)....	26 (2,495 %)
1923....	1043....	12 (1,140 %)....	15 (1,438 %)
1924....	1094....	5 (0,465 %)....	30 (2,742 %)
1925....	1114....	8 (0,718 %)....	28 (2,423 %)
1926....	1146....	13 (1,134 %)....	21 (1,832 %)
1927....	1045....	30 (2,870 %)....	25 (2,487 %)
1928....	1232....	29 (2,354 %)....	52 (4,228 %)

Il est bien difficile d'expliquer les variations, parfois grandes d'une année à l'autre, du pourcentage des syphilis.

En réalité, on se rend compte assez facilement à la lecture des observations que le dépistage se fait à deux endroits : aux consultations prénatales et au laboratoire.

Or, si nous trouvons, en 1928, un plus grand nombre de syphilis, cela tient, tout d'abord, à ce que la Clinique a essayé de n'avoir que des femmes ayant suivi les consultations prénatales : ce fut le cas pour 80 % d'entre elles. De plus, la presque totalité des enfants morts, au cours de l'année, furent autopsiés. Et cette

autopsie a été conduite systématiquement en vue de la recherche des signes de syphilis. En particulier la recherche du tréponème dans les frottis de foie a permis, à elle seule, d'affirmer une syphilis dont la plupart des autres signes étaient absents.

CHAPITRE II

Syphilis certaines diagnostiquées par l'examen de la mère

Sur 270 cas de syphilis certaine, 243 fois le diagnostic a été fait, grâce à des signes tirés de l'examen de la mère. Il convient donc, tout d'abord, d'étudier ces signes sur lesquels on a pu établir un diagnostic de certitude ; puis — et c'est là le principal but de notre thèse — nous indiquerons le sort des enfants, soit que la mère ne se soit jamais fait traiter, soit que, au contraire, elle ait été soignée avant ou pendant sa grossesse.

A. — Diagnostic des syphilis certaines

Le plus souvent, chez une femme enceinte, un interrogatoire sérieux et complet a pu faire soupçonner l'existence d'une syphilis ancienne : elle dit avoir suivi un

traitement spécial dans des services antivénériens ou aux consultations de grossesse ; elle se rappelle un accident primitif ou des manifestations secondaires.

Parfois on ne relève que des antécédents obstétricaux : la naissance d'un ou plusieurs fœtus macérés ou l'existence de plusieurs fausses couches, survenues sans cause occasionnelle. C'est alors qu'il devient utile d'interroger et même d'examiner le père : c'est là une enquête qui doit être menée d'une façon très discrète et très prudente. Mais plus utile encore, et toujours moins pénible sera l'examen de la mère, en s'aidant, au besoin, des réactions de laboratoire.

Ainsi on pourra se trouver en présence soit de cicatrices de chancre, de plaques muqueuses ou de syphilides, soit même parfois des accidents eux-mêmes, primitifs ou secondaires. On peut d'ailleurs avoir à faire à toutes sortes de lésions produites par le tréponème de Schaudinn et bien étudiées dans les traités de pathologie.

Ces faits sont rares ; mais il est évident que, lorsqu'ils existent, le diagnostic en est grandement facilité.

Il est des cas où les antécédents obstétricaux, ayant fait penser à la possibilité d'une syphilis, l'examen complet ne fournit absolument aucun signe de certitude. Nous pourrions même dire que c'est la règle générale.

Chez ces femmes, il est évident que l'on doit mettre en œuvre la recherche des réactions de Wassermann et de Hecht, qui — dans les cas douteux et seulement, bien entendu, si elles sont positives — peuvent, en se surajoutant à un faisceau d'arguments cliniques, permettre un diagnostic de certitude.

De plus, de même que dans les services de vénérologie, une réaction de Wassermann positive, chez une prostituée, indique la nécessité d'un traitement anti-syphilitique, quand bien même, par ailleurs, l'examen clinique s'est montré négatif ; de même, chez la femme enceinte, on devra faire un traitement toutes les fois qu'aux consultations de grossesse les antécédents de cette femme élayés par le résultat positif d'une réaction de Wassermann, auront conduit à admettre la réalité de l'infection.

On ne pourra cependant pas, sur ce seul résultat, affirmer que la femme est certainement syphilitique ; mais on devra se comporter envers elle, comme si elle l'était.

Supposons maintenant que ces réactions soient négatives, malgré des signes manifestes de syphilis probable. Il faut alors, malgré tout, faire un traitement. Que le clinicien, connaissant les sérieux inconvénients de cette méthode, dite « du traitement d'épreuve » ne l'applique cependant qu'à bon escient.

En agissant ainsi, il est probable que l'on fera quelques traitements inutiles ; mais la syphilis envisagée au point de vue obstétrical est tout aussi justiciable du traitement d'épreuve que la syphilis envisagée au point de vue médical ou chirurgical.

Nous donnons quelques exemples de ces syphilis probables, qui ont été tellement influencées par un traitement que nous avons cru bon de les classer parmi les syphilis certaines :

1^{re} OBS. — Août 1921; N° 743 : 1 enf. mort à 2 mois (convulsions). — 3 macérés. Trait. tte la grossesse : enf. vivant à terme : 3800/700.

2^e OBS. — Janv. 1922; N° 61 : 1 F. C. de 3 mois. — 1 macéré. Trait. tte la grossesse : enf. vivant à terme : 3630/470.

3^e OBS. — Mars 1923; N° 206 : 4 F. C. — 1 enfant mort à 3 mois. Trait. tte la grossesse : enf. vivant à terme : 3250/450.

4^e OBS. — Août 1923; N° 621 : 1 F. C. — 1 macéré. — 1 prématuré (7 mois), mort à 28 j. — Trait. tte la grossesse : enf. vivant à terme : 3200/660.

5^e OBS. — Janv. 1924; N° 4 : 3 F. C. — 1 prématuré (6 mois et demi) ayant vécu 3 h. — Trait. tte la grossesse : enf. vivant à terme : 3380/530.

6^e OBS. — Janv. 1924; N° 473; 1 enf. vivant; 2 enfants morts (4 ans, 13 mois); 2 F. C. ; trait. tte la grossesse : enf. vivant à terme : 3860/920.

7^e OBS. — Sept. 1924; N° 823 : 2 prématurés (8 mois), morts de convulsions (5 et 9 mois). — 1 F. C. — Trait. tte la grossesse : prématuré vivant (8 mois) : 2750/540.

8^e OBS. — Mars 1925; N° 229 : 1 F. C. (5 mois). — 2 prématurés mort-nés (6 et 7 mois). — Trait. tte la grossesse : enfant vivant à terme : 3870/850.

Nous avons relevé un grand nombre d'observations de ce genre. Nous ne croyons pas devoir les mettre à part dans notre classification. Nous nous associerons à ceux qui ont institué un traitement sur les seuls antécédents obstétricaux de ces femmes enceintes, pour affirmer que nous avons à faire, dans ces cas, à des syphilis certaines.

Ainsi, par l'étude des antécédents, grâce à l'examen clinique ou les recherches de laboratoire, guidés parfois

par un traitement d'épreuve, donnant la certitude dans certains cas douteux, nous avons découvert, à la Clinique obstétricale de janvier 1919 à janvier 1929, 213 syphilis, dont le diagnostic fut fait uniquement à l'aide de signes tirés de l'examen de la mère.

Nous avons résumé le résultat de nos recherches ; et, avant d'étudier le sort des enfants, il nous a paru bon de donner, année par année, le nombre exact des syphilis certaines, qu'elles aient été traitées ou non.

Années	Total des syphilis maternelles	Nombre des syphilis traitées	Nombre des syphilis non traitées
1919.....	9.....	6.....	3
1920.....	25.....	17.....	8
1921.....	26.....	16.....	10
1922.....	21.....	12.....	9
1923.....	11.....	7.....	4
1924.....	28.....	19.....	9
1925.....	23.....	15.....	8
1926.....	18.....	8.....	10
1927.....	19.....	9.....	10
1928.....	33.....	16.....	17

B. — Sort des enfants

1) DANS LES SYPHILIS NON TRAITÉES

Sur 213 femmes chez lesquelles on a fait le diagnostic de syphilis avant l'accouchement 88 ne furent jamais traitées : 41,314 %.

Nous éliminons de ce chapitre les syphilis, dont le

diagnostic fut fait par l'examen du produit de conception, qui sembleraient cependant trouver leur place ici. Nous en parlerons dans un autre chapitre (*cf.* chap. III).

Il est intéressant, dans de tels cas, de savoir comment s'est terminé l'accouchement.

Un certain nombre de femmes ont accouché d'enfants vivants à terme (25 ; 28,409 %) ne présentant apparemment aucune lésion nettement spécifique. Mais, quelquefois, on eut à faire à un accouchement prématuré : on assiste alors à la naissance d'un enfant malingre, à l'aspect de petit vieux, qui a besoin de soins très particuliers, pour lui permettre d'espérer ultérieurement une vie normale (10 ; 11,364 %).

Quelques-uns de ces enfants n'ont pu cependant survivre et moururent quelques heures ou quelques jours après leur naissance, soit d'affections liées directement à la syphilis, soit de maladies intercurrentes (12 ; 13,636 %).

Mais le plus grand nombre — 41 sur 88 — étaient déjà morts à la naissance (46,590 %).

Pour certains, la syphilis avait gravement atteint le placenta maternel et fœtal et mis le fœtus dans un état de moindre résistance pour supporter les souffrances d'un accouchement parfois laborieux ; dans ce cas on eut à faire à des mort-nés (13 ; 14,772 %).

Pour d'autres, les phénomènes d'oblitération par endartérite et endophlébite syphilitique furent tels qu'ils eurent pour conséquence la mort prématuré du fœtus *in utero*, vers le 5^e ou 6^e mois de la grossesse. Ce fœtus, mort dans la cavité de l'œuf, subit alors le phénomène de la macération (28 ; 31,818 %).

Nous aurions voulu établir une corrélation entre l'ancienneté et la malignité de la syphilis et son action plus ou moins nocive sur le produit de conception. Mais de trop nombreuses données nous ont manqué pour nous permettre des résultats suffisamment précis à ce sujet.

Pour éviter de nous répéter dans une statistique fastidieuse, nous avons fait un résumé indiquant par année le résultat des accouchements dans les syphilis non traitées.

Sort des enfants dans les syphilis non traitées

Nombre de naissances : 88 : 41,314 % *

A. Enfants vivants : 35 : 39,772 % **

1. Née à terme: 25: 381 (19) ***; 584 (20); 1.059 (20); 1.102 (20); 1.276 (20); 987 (21); 741 (22); 830 (22); 223 (24); 1.045 (24); 62 (25); 777 (25); 83 (26); 407 (26); 615 (26); 683 (26); 35 (27); 549 (27); 219 (28); 333 (28); 477 (28); 627 (28); 965 (28); 1.041 (28); 1.048 (28).

2. Prématurés: 10: 463 (20); 677 (21); 1.009 (22); 987 (25); 1.001 (26); 918 (27); 551 (28); 838 (28); 903 (28); 921 (28).

B. Enfants morts : 53 : 60,227 % **.

1. Les premiers temps de la vie extra utérine : 12 : 990 (19); 360 (20); 632 (23); 465 (24); 739 (24); 880 (25); 550 (27); 627 (27); 1.038 (27); 1.052 (28); 1.134 (28); 1.139 (28).

* Pourcentage calculé sur le nombre total des syphilis certaines, diagnostiquées par l'examen de la mère.

** Pourcentage calculé sur les 88 syphilis non traitées.

*** Le premier chiffre indique le n° de l'observation ; celui qui est entre parenthèses indique l'année : ex.: 381 (19) = obs. n° 381 (1919).

2. Mort-nés : 13 : (415 (19) ; 651 (20) ; 156 (21) ; 536 (21) ; 580 (21) ; 825 (21) ; 785 (23) ; 818 (23) ; 574 (24) ; 1.076 (26) ; 39 (27) ; 834 (27) ; 1.015 (28).

3. Macérés : 28 : 620 (20) ; 657 (21) ; 771 (21) ; 888 (21) ; 907 (21) ; 163 (22) ; 346 (22) ; 438 (22) ; 709 (22) ; 959 (22) ; 1.016 (22) ; 797 (23) ; 16 (24) ; 28 (24) ; 195 (24) ; 731 (24) ; 273 (25) ; 862 (25) ; 954 (25) ; 964 (25) ; 208 (26) ; 238 (26) ; 309 (26) ; 768 (26) ; 33 (27) ; 779 (27) ; 85 (28) ; 1.053 (28).

Ce résumé indique un résultat d'ensemble ; mais, plusieurs fois, des examens plus sérieux furent faits pour rechercher les lésions syphilitiques du fœtus et expliquer ainsi sa mort.

On fut ainsi amené à découvrir un certain nombre de syphilis certaines du fœtus venant confirmer le diagnostic, fait précédemment par l'examen de la mère.

Dans 15 cas sur 83 morts, on fit une autopsie, dont voici les résultats :

1). *Hypertrophie du foie* : 12 fois : 990 (19)* ; 959 (22) ; 28 (24) ; 273 (25) ; 309 (26) ; 1.076 (26) ; 550 (27) ; 627 (27) ; 1.015 (28) ; 1.052 (28) ; 1.134 (28) ; 1.130 (28).

2). *Hypertrophie de la rate* : 8 fois : 28 (24) ; 273 (25) ; 309 (26) ; 1.076 (26) ; 627 (27) ; 1.015 (28) ; 1.134 (28) ; 1.139 (28).

3). *Ascite* : 28 (24) ; 954 (25).

4). *Tréponèmes sur coupes du foie* : 907 (21) ; 273 (25) ; 309 (26).

* Le premier chiffre indique le n° de l'observation ; le chiffre qui est entre parenthèses est l'année en abrégé. Ex. : 990 (19) pour obs. n° 990 (1919).

5). *Sclérose du pancréas* : 28 (24) ; 273 (25) ; 309 (26) ; 1.015 (28) ; 1.134 (28).

6). *Signe de Wegner* : 1.052 (28).

7). *Pemphigus palmaire et plantaire* : 1.134 (28) ; 1.052 (28) ; 536 (21).

8). *Malformation intestinale* : 360 (20).

De plus, il faut noter deux enfants vivants, présentant à la naissance des lésions nettement syphilitiques : l'un avait du pemphigus palmaire et plantaire : 463 (20) ; l'autre un aspect vieillot avec ascite : 1.059 (20).

2) DANS LES SYPHILIS TRAITÉES

Sur 243 femmes, connues comme syphilitiques au moment de leur accouchement, 125 seulement avaient été traitées.

Nous aurions voulu noter, dans tous les cas, quel mode de traitement fut employé. Mais, trop souvent, il nous fut impossible d'avoir des précisions à ce sujet. Nous avons pu retrouver cependant certains faits, qui nous serviront à diviser ce chapitre.

Certaines femmes ont eu un traitement d'attaque, autrefois, au moment de l'accident primitif ou à l'occasion d'une grossesse antérieure. Parfois ce traitement, suivi consciencieusement, semble avoir été suffisant ; d'autres fois, au contraire, il nous a apparu comme étant nettement insuffisant ; dans ces cas, d'ailleurs, le plus souvent, des antécédents obstétricaux ou des lésions spécifiques ont montré qu'il ne fallait pas parler de guérison, même apparente.

Dans un certain nombre de cas, le traitement fut institué, pour la première fois, pendant la grossesse, dont nous nous occupons. Là encore il y a lieu de savoir si ce traitement fut suffisant. La date à laquelle il fut commencé joue ici un grand rôle.

Enfin il est des cas, qui paraissent les plus heureux, où la femme a été traitée avant et pendant sa grossesse. Mais là, l'un des traitements peut être insuffisant et alors le produit de conception ne répond pas à ce que, théoriquement, l'on aurait été en droit d'attendre.

Pour apprécier la valeur du traitement, nous nous sommes basés sur certaines références trouvées dans les observations : le produit qui a servi était parfois noté : iodure de potassium, mercure, bismuth, arsenic, soit seuls, soit associés, sous forme de sirop de Gibert, d'énésol, etc. ; la forme, sous laquelle ont été employés ces produits, a aussi une grande importance. Enfin, la durée du traitement nous a permis parfois de faire notre classification.

Dans les premières années sur lesquelles porte notre statistique, l'iodure de potassium était très employé. Cependant Fournier déjà lui préférerait le mercure ; et, à l'heure actuelle, il n'est utilisé que dans quelques cas de syphilis tertiaire, à forme torpide, et rarement seul. Il est certain que, chez une femme enceinte, ce traitement est insuffisant.

On eut encore bien plus souvent recours au mercure, sous toutes ces formes : frictions, ingestion, injections sous-cutanées ou intraveineuses. Mais les malades se fatiguent des frictions qui deviennent vite un traitement fastidieux, irrégulier et, ainsi, nettement insuffisant.

Même, chez les jeunes enfants, on tend à les remplacer par le lactate de mercure ou les arséno-benzènes.

Quant aux produits employés en ingestion — pilules de Dupuytren et de Ricord, liqueur de Van Swieten — on ne peut louer que leur simplicité, leur commodité et leur discrétion, à défaut d'efficacité réelle.

Les douleurs dues aux injections hypodermiques de sels solubles ou d'huile grise font que les femmes les supportent mal et terminent rarement un traitement ainsi commencé.

Il n'est plus que le cyanure de mercure, en injection intraveineuse, qui soit encore d'un usage courant, comme traitement énergique et suffisant ; encore ne doit-on l'employer qu'en cas d'arséno-résistance, et en association, le plus souvent, à un sel de bismuth.

En effet les sels de bismuth sont, eux-mêmes, très souvent utilisés depuis les recherches de Sazerac et de Levaditi, en 1921. Ce sont surtout sous forme d'injections intramusculaires que l'on emploie ces préparations. Le bismuth paraît avoir une action thérapeutique puissante à toutes les périodes de la syphilis. Il est donc indiqué dans tous les cas qui résistent au mercure et à l'arsenic. Aussi nous dirons que le traitement a été suffisant, chaque fois qu'une femme aura été mise, d'une façon régulière, aux injections de bismuth.

Mais ce sont encore les arsénicaux qui, sauf contre-indications, doivent être préférés. Leur action sur les accidents est incomparablement grande. Encore faut-il que le traitement soit rigoureusement suivi pendant assez longtemps. Les discussions sur la durée de ce traitement ne trouvent pas leur place dans notre travail.

A notre avis, une femme enceinte, qui a eu trois séries de novarsénobenzol, pendant sa grossesse, a été suffisamment traitée.

*
**

Il est très intéressant de connaître le résultat de l'ac-touchement dans les cas de syphilis traités. La durée de ce traitement, l'époque à laquelle il a été établi font beaucoup pour ce résultat.

Il nous a semblé bon de donner des chiffres qui pourront se passer de trop longs commentaires.

Sur 125 naissances, on eut 98 enfants vivants (78,40 %) et 27 morts (21,60 %).

Dans 90 cas, le traitement a été suffisant soit qu'il ait été fait avant, pendant ou avant et pendant la grossesse.

Sur ces 90 naissances, il y eut 80 enfants vivants (88,89 %) ; 10 seulement étaient morts à la naissance (mort-nés, macérés) ou moururent dans les premiers instants de la vie extra-utérine (11,11 %).

Au contraire, dans les 35 cas où le traitement fut insuffisant, il n'y eut que 18 vivants (51,428 %), pour 17 morts (48,571 %).

Nous résumons ainsi les faits observés :

I. *Traitement uniquement avant la grossesse* : 22

1) Traitement suffisant : 12.

a) Enfants vivants à terme : 11 : 214 (20)* ; 711 (20) ;

* Le premier chiffre indique le n° de l'observation ; le chiffre entre parenthèses est l'année en abrégé ; ex. : 214 (20) est mis pour obs. n° 214 (1920).

491 (21) ; 241 (22) ; 540 (23) ; 526 (23) ; 547 (23) ; 475 (24) ;
718 (24) ; 679 (28) ; 790 (28).

b) Prématuré : 1 : 79 (27).

2) Traitement insuffisant : 10.

a) Enfants vivants à terme : 3 : 240 (23) ; 210 (24) ;
151 (27).

b) Prématurés : 4 : 950 (24) ; 451 (26) ; 630^o (27) ;
731 (28).

c) Mort-nés : 3 : 967 (20) ; 959 (21) ; 973 (21).

II. *Traitement uniquement pendant la grossesse* : 77

1) Traitement suffisant : 57.

a) Enfants vivants à terme : 51 : 903 (19) ; 947 (19) ;
1.070 (19) ; 24 (20) ; 1.123 (20) ; 138 (21) ; 270 (21) ;
703 (21) ; 743 (21) ; 792 (21) ; 66 (22) ; 321 (22) ; 380 (22) ;
383 (22) ; 952 (22) ; 55 (23) ; 206 (23) ; 62 (23) ; 4 (24) ;
104 (24) ; 184 (24) ; 319 (24) ; 342 (24) ; 454 (24) ; 473
(24) ; 733 (24) ; 890 (24) ; 15 (25) ; 152 (25) ; 111 (25) ;
229 (25) ; 510 (25) ; 506 (25) ; 626 (25) ; 866 (25) ; 896
(25) ; 931 (25) ; 182 (26) ; 735 (26) ; 800 (26) ; 155 (27) ;
311 (27) ; 452 (27) ; 513 (27) ; 108 (27) ; 111 (28) ; 149 (28) ;
801 (28) ; 967 (28) ; 1.228 (28).

b) Prématurés : 2 : 823 (26) ; 1.007 (28).

c) Mort-né : 1 : 517 (26).

d) Macéré : 1 : 562 (22).

e) Morts les premiers temps de la vie extra-utérine :
2 : 363 (28) ; 1.121 (28).

2) Traitement insuffisant : 20.

a) Enfants vivants à terme : 6 : 508 (20) ; 793 (20) ;
1.117 (20) ; 1.233 (20) ; 128 (28) ; 573 (28).

b) Prématurés : 5 : 1.202 (20) ; 208 (24) ; 759 (25) ; 214 (26) ; 1.158 (28).

c) Mort-nés : 4 : 81 (19) ; 161 (19) ; 218 (19) ; 471 (20).

d) Macérés : 5 : 136 (20) ; 385 (20) ; 808 (21) ; 299 (25) ; 120 (27).

III. *Traitement avant et pendant la grossesse.*

1) Traitement suffisant : 21.

a) Enfants vivants à terme : 15 : 99 (20) ; 565 (21) ; 611 (21) ; 653 (21) ; 749 (21) ; 170 (22) ; 188 (22) ; 579 (22) ; 104 (24) ; 207 (24) ; 272 (24) ; 961 (24) ; 517 (24) ; 856 (27) ; 108 (28).

b) Macérés : 3 : 619 (20) ; 1111 (20) ; 855 (22).

c) Morts les premiers temps de la vie extra-utérine : 3 : 822 (21) ; 131 (22) ; 1.037 (25).

2) Traitement insuffisant : 5.

a) 1 macéré : 362 (21).

b) 1 mort les premiers temps de la vie extra-utérine : 840 (21).

c) 3 mort-nés : 246 (22) ; 871 (24) ; 819 (25).

Ces résultats semblent très intéressants. L'influence d'un traitement sérieux et suffisamment prolongé est manifeste.

Mais il convient cependant de noter que, malgré le traitement qui avait été insuffisant — il est vrai — dans ces cas, un certain nombre d'enfants sont nés avec des lésions nettement syphilitiques.

Sur 27 enfants morts, on fit 8 fois l'autopsie. Voici les résultats de ces autopsies :

1) Hypertrophie du foie : 7 : 218 (19) ; 822 (20) ; 840 (21) ; 131 (22) ; 885 (22) ; 363 (28) ; 1.121 (28).

2) Hypertrophie de la rate: 6 : 218 (19) ; 822 (20) ; 840 (21) ; 131 (22) ; 885 (22) ; 1.121 (28).

3) Signe de Wegner positif : 4 : 218 (19) ; 136 (20) ; 131 (21) ; 885 (22).

4) Ascite : 3 : 136 (20) ; 822 (20) ; 1.121 (28).

5) Hémorragies méningées : 2 : 363 (28) ; 1.121 (28).

6) Pemphigus palmaire et plantaire : 1 : 840 (21).

Sur 98 enfants vivants, 2 présentaient à la naissance du pemphigus palmaire et plantaire : 240 (23) ; 1.054 (26).

CHAPITRE III

Syphilis certaines diagnostiquées par l'examen du produit de conception

Lés cas de syphilis du nouveau-né, précocement évidente, apparaissent comme rares, comme l'ont fait remarquer M. le Professeur Commandeur et M. le Professeur Rhenter, dans le *Journal de Médecine de Lyon*, du 5 juin 1926. *

Sur 11.266 enfants, nés à la Clinique obstétricale de janvier 1919 à janvier 1929, 85 seulement peuvent être considérés comme présentant, dès leur naissance, des signes évidents de syphilis héréditaire, soit 0,754 %.

Mais dans ce chapitre, tous ces cas ne nous intéressent pas. Nous ne parlerons que comme termes de comparaison de l'hérédo-syphilis des enfants, nés de mères que l'on savait syphilitiques.

* « Des stigmates de l'hérédo-syphilis à la naissance ». *Journal de Médecine de Lyon*, 5 juin 1926.

Dans les 125 cas de syphilis traités, on note 10 enfants, nés avec des manifestations spécifiques évidentes.

Dans les 88 syphilis non traitées, la proportion est beaucoup plus grande : on trouve en effet 18 cas d'héredo-syphilis précoce.

Mais nous nous occuperons uniquement, dans ce chapitre, des cas de syphilis certaine, dont le diagnostic fut fait sur des signes tirés du seul examen de l'enfant ; on ne savait pas, avant l'accouchement, que la mère était syphilitique, ou l'on n'avait sur elle que de simples soupçons.

C'est ainsi que 57 enfants permirent, à eux seuls, de faire un diagnostic de syphilis certaine. On a ainsi un pourcentage de 0,506 %, par rapport au nombre global des naissances, et de 21,117 % par rapport au total des syphilis diagnostiquées.

Il est évident qu'il ne peut être question, dans un tel chapitre, de syphilis traitées, puisque c'est seulement à l'examen du produit de conception que le diagnostic a pu être porté.

Certaines fois cependant, l'interrogatoire, les antécédents ou l'examen de la mère ont permis de soupçonner chez elle une syphilis. Aussi mettrons-nous à part ces syphilis soupçonnées avant l'accouchement et reconnues certaines après, simplement à titre de comparaison. Nous prendrons au contraire l'ensemble des syphilis diagnostiquées par l'examen des enfants, pour étudier le sort de ces enfants.



Il nous faut tout d'abord donner les signes qui ont permis de faire le diagnostic.

Nous ne nous attarderons pas aux signes de probabilité qui sont la prématuration, la mortinatalité et la macération. Nous ne parlerons que des lésions apparentes d'origine nettement hérédosyphilitiques et des lésions anatomiques, révélées le plus souvent à l'autopsie.

Le pemphigus palmo-plantaire fut constaté 15 fois (26,315 %), le plus souvent associé à d'autres signes : 294 (19)* ; 1.213 (20) ; 52 (21) ; 673 (21) ; 826 (21) ; 1.073 (21) ; 138 (23) ; 306 (23) ; 1.031 (24) ; 489 (25) ; 727 (25) ; 847 (25) ; 1.068 (26) ; 194 (27) ; 488 (27).

Comme autres lésions nettement spécifiques, on eut 1 cas de roséole, apparue au 8^e jour : 156 (25) ; et 1 cas de syphilides papuleuses, dès la naissance : 1.120 (26).

Dans 4 observations, nous trouvons à mentionner un développement excessif de l'abdomen avec exagération du réseau veineux sous-cutané (7,017 %) : 938 (22) ; 1.007 (25) ; 1.120 (26) ; 82 (28).

Deux cas de coryza syphilitique furent signalés : l'un apparut le 12^e jour : 103 (27) ; l'autre le 2^e jour, après la naissance : 43 (28).

Un ictère bronzé fut noté, au 3^e jour, chez un enfant mort 15 jours après sa naissance : 260 (28).

Enfin, dès la naissance, apparaît chez un autre, une hydrocèle : 1.120 (26).

*
**

En somme, l'examen clinique de l'enfant syphilitique né vivant ne donne qu'assez rarement des signes cer-

* Cf. note précédente au sujet du n° et de l'année des observations.

tains de syphilis. Le plus souvent le diagnostic est fait au cours de l'autopsie de l'enfant né mort ou mort peu de temps après sa naissance.

C'est ainsi que l'on relève surtout, dans les protocoles d'autopsies, l'hypertrophie du foie, celle de la rate, puis les lésions du cartilage diaphyso-épiphysaire, décrites sous le nom de signe de Wegner.

L'hypertrophie du foie fut notée dans 32 observations : 56,140 %, étant associée, le plus souvent à d'autres lésions, dont la plus fréquente est la splénomégalie : 24 cas, soit 42,105 %. Le signe de Wegner positif fut noté 25 fois, soit 43,859 %.

Parfois, chez le nouveau-né syphilitique, on trouve ces trois signes réunis ; aussi, pour éviter des répétitions, avons-nous classé ainsi les observations :

1. *Hypertrophie du foie* : 826 (21) ; 938 (22) ; 80 (22) ; 306 (23) ; 445 (27) ; 421 (27) ; 428 (27) ; 455 (27) ; 43 (28).

2. *Splénomégalie* : 119 (28).

3. *Signe de Wegner positif* : 1.050 (21) ; 938 (22) ; 1.022 (22) ; 1.020 (24) ; 81 (28) ; 136 (28) ; 140 (28) ; 196 (28) ; 506 (28).

4. *Cas dans lesquels on a une hypertrophie du foie et de la rate, sans signe de Wegner positif* : 136 (19) ; 52 (21) ; 593 (22) ; 80 (23) ; 138 (23) ; 1.031 (24) ; 1.007 (25) ; 259 (28) ; 315 (28).

5. *Cas dans lesquels on a une hypertrophie du foie avec un signe de Wegner positif, sans splénomégalie* : 826 (21) ; 306 (23) ; 938 (22) ; 43 (28).

6. *Enfin cas dans lesquels les trois signes sont réunis* : 294 (19) ; 1.213 (20) ; 41 (21) ; 395 (21) ; 975 (21) ;

248 (22); 109 (23); 82 (28); 198 (28); 231 (28); 260 (28); 387 (28); 393 (28).

Nous mentionnerons comme autres lésions anatomiques, moins fréquemment rencontrées que les précédentes :

1. *La sclérose du pancréas*, dans 4 cas (7,017 %), associée d'ailleurs à d'autres lésions : 248 (22); 109 (23); 306 (23); 683 (28).

2. *L'hémorragie méningée*, sans causes traumatiques, dans 3 cas (5,263 %) : 141 (28); 260 (28); 315 (28).

3. Enfin, *la recherche des spirochètes dans le foie* fut positive dans 9 cas, soit 15,789 % : 1.038 (26); 119 (28); 136 (28); 196 (28); 231 (28); 259 (28); 345 (28); 387 (28); 683 (28).



Dans certains cas, la mère était venue à la Clinique au moment d'accoucher; il était trop tard pour faire un diagnostic certain de syphilis chez elle. La naissance de l'enfant permettait alors de se prononcer sur la certitude de la syphilis. La mère présentait un ensemble de signes qui avaient permis de penser à une syphilis probable; l'examen de l'enfant, dès la naissance ou quelques jours après, levait tous les doutes : c'est ce qui se produisit dans 21 cas.

Pour les 36 autres syphilis diagnostiquées d'après l'examen du produit de conception, la mère paraissait tout à fait saine. Le diagnostic fut fait à la suite d'autopsies, systématiquement pratiquées sur les mort-nés, sur les macérés ou les enfants morts les premiers jours, ou grâce à l'examen clinique d'un enfant, chez qui l'on

ne s'attendait pas à trouver des symptômes d'hérédosyphilis.

**

Nous avons vu que le diagnostic le plus souvent fut fait grâce à des lésions anatomiques que nous avons trouvé mentionnées dans les protocoles d'autopsie. Le nombre considérable des enfants hérédosyphilitiques qui sont morts avant, pendant ou après l'accouchement explique ces nombreuses vérifications et prouve la malignité de la syphilis du fœtus.

En effet, 8 femmes seulement quittèrent la maternité avec leur enfant. Les 49 autres accouchèrent d'un mort-né ou d'un macéré ou eurent un enfant vivant, qui mourut secondairement.

Nous avons résumé ces résultats de la manière suivante, afin de les rendre plus clairs.

Sort des enfants dans les cas de syphilis diagnostiquées par l'examen du produit de conception

Nombre de naissances : 57.

A. *Enfants sortis vivants de la Clinique* : 8 : 14,035 %.

1. Prématurés : 2 : 194 (27) ; 1.093 (21).

2. Nés à terme : 6 : 673 (21) ; 156 (25) ; 164 (26) ; 1.120 (26) ; 103 (27) ; 488 (27).

B. *Enfants morts* : 49 : 85,963 %.

1. Macérés : 14 : 41 (21) ; 975 (21) ; 1.050 (21) ; 248

(22) ; 622 (22) ; 109 (23) ; 1.020 (23) ; 489 (25) ; 1.038 (26) ;
119 (28) ; 136 (28) ; 140 (28) ; 196 (28) ; 506 (28).

2. Mort-nés : 11 : 294 (19) ; 52 (21) ; 593 (22) ; 801 (22) ;
80 (23) ; 81 (28) ; 82 (28) ; 180 (28) ; 198 (28) ; 315 (28) ;
683 (28).

3. Nés vivants et morts secondairement : 25.

a) Nés avant terme : 11 : 136 (19) ; 1.213 (20) ; 138
(23) ; 306 (23) ; 1.031 (24) ; 847 (25) ; 1.007 (25) ; 141 (28) ;
231 (28) ; 345 (28) ; 893 (28).

b) Nés à terme : 14 : 488 (19) ; 395 (21) ; 826 (21) ;
988 (22) ; 727 (25) ; 1.068 (26) ; 415 (27) ; 421 (27) ; 428
(27) ; 455 (27) ; 43 (28) ; 259 (28) ; 260 (28) ; 387 (28).

Conclusions

1° Nous avons recherché tous les cas de syphilis certaine, observés dans le service de 1919 à 1929. Sur 11.266 accouchements, nous avons trouvé 270 syphilis certaines. L'examen clinique de la mère et de l'enfant, certaines épreuves de laboratoire, telles que la recherche du spirochète dans les frottis de foie du fœtus ou celle du signe de Wegner à l'autopsie, permirent de faire le diagnostic. Nous n'avons accordé une valeur aux réactions sérologiques positives qu'au cas où elles avaient été pratiquées chez des femmes ayant des antécédents obstétricaux (fausse couche, mortinatalité, macération fœtale).

2° Ces cas de syphilis, observés dans le service, peuvent être répartis en trois catégories :

a) Dans 125 observations, la syphilis a été diagnostiquée en dehors des services obstétricaux ; et les femmes sont arrivées à la Clinique, après avoir subi déjà un traitement plus ou moins intense ;

b) Dans 88 observations, le diagnostic a été fait dans le service, à la suite de l'examen clinique de la mère. Il est assez rare de constater l'existence de stigmates de syphilis. Le plus souvent, le diagnostic est fait par l'as-

- association de signes de présomption (antécédents obstétricaux) à une réaction sérologique positive ;

c) Dans un certain nombre de cas (85), la mère paraissait exempte de toute tare ; le diagnostic de syphilis est fait par l'examen de l'enfant. Dans les cas assez exceptionnels de syphilis majeure, le simple examen clinique permet de faire le diagnostic. Beaucoup plus souvent l'enfant étant mort, soit au moment de l'accouchement, soit dans les jours qui suivent la naissance, le diagnostic est fait avec certitude, au cours de l'autopsie (lésions viscérales diverses, signe de Wegner positif, présence de tréponèmes dans les frottis du foie).

3° L'éducation des femmes enceintes et l'organisation des œuvres sociales font que la très grande majorité de ces femmes viennent se faire surveiller au cours de leur grossesse, aux consultations prénatales.

De plus, la recherche systématique des signes de spécificité, soit chez la mère et les enfants vivants, soit chez les enfants morts, au cours des autopsies, permet d'augmenter assez sensiblement le nombre des syphilis certaines diagnostiquées à la Clinique obstétricale, au cours de ces dix dernières années (1919-1929).

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, VORON.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 13 Octobre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	7
Introduction	9
<i>Chapitre Premier.</i> — Etude d'ensemble des syphilis diagnostiquées à la Clinique Obstétricale de Janvier 1919 à Janvier 1929.....	13
<i>Chapitre II.</i> — Syphilis certaines diagnostiquées par l'examen de la mère.	17
<i>Chapitre III.</i> — Syphilis certaines diagnostiquées par l'examen du produit de conception.. . .	33
Conclusions.....	41



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON ,

6 0 0 0 LYON 0 0 0 0



